

عنوان :

مقایسه تأثیر نیفدیپین و سولفات منیزیم در کنترل

زایمان زودرس

صلى الله عليه وسلم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

دانشکده پزشکی

گزارش نهایی طرح تحقیقاتی (یا پایان نامه دوره دکترای حرفه ای پزشکی) :

مقایسه تأثیر نیفدپین و سولفات منیزیم در کنترل زایمان زودرس

دانشجو:

سارا گلابی

استاد راهنما:

دکتر الهام رحمانی، استادیار گروه زنان

دکتر شهناز احمدی، دانشیار گروه زنان

استاد مشاور:

دکتر کامران میرزایی، استادیار

این طرح با تصویب و حمایت مالی حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی بوشهر اجرا گردیده است.

شهریورماه ۱۳۹۱

تقديم به:

پدر و مادر عزیزم

تقديم به:

جامعه پزشکی

تقدیر و تشکر

اکنون که این تحقیق در سایه الطاف بی کران پروردگار بزرگ پایان پذیرفت، بر خود می دانم از

بزرگوارانی که مرا در این خصوص یاری کردند، تقدیر و تشکر نمایم:

- استاد گرانقدر، سرکار خانم دکتر الهام رحمانی که مسئولیت راهنمایی این پایان نامه را به عهده

داشتند.

- استاد گرانقدر، سرکار خانم دکتر شهناز احمدی که مسئولیت راهنمایی این پایان نامه را به عهده

داشتند.

- استاد بزرگوارم، جناب آقای دکتر کامران میرزایی که مسئولیت مشاوره آماری این پایان نامه را تقبل

فرمودند.

- خواهران و برادران عزیز و مهربانم که وجودشان مایه دلگرمی و پشتوانه من بوده و خواهد بود.

در پایان، سپاسگزارم از پدر و مادر عزیزم که با تلاش و ازخود گذشتگی در همه مراحل زندگی

همراه و یاورم بوده اند.

مقایسه تاثیر نیفدپین و سولفات منیزیم در کنترل زایمان زودرس

رحمانی الهام، احمدی شهناز، گلابی سارا

چکیده:

مقدمه: زایمان پره ترم به مواردی اطلاق می شود که در آنها نوزادان قبل از تکمیل شدن هفته ۳۷ حاملگی به دنیا می آیند. دلایل متعددی برای زایمان پره ترم وجود دارد. درمانهای مختلفی نیز برای آن بکار برده شده که از جمله آنها، استفاده از توکولیتیک ها می باشد. عوامل توکولیتیک متعددی وجود دارد که از جمله آنها، بلوکر های کانال کلسیمی (از جمله نیفدپین) و سولفات منیزیم می باشند. با توجه به اینکه مراقبت و عوارض یک نوزاد نارس، سالانه هزینه های زیادی را به خود اختصاص می دهد و گاه ضربات روحی جبران ناپذیری را برای خانواده ها به بار آورده و حتی می تواند آینده نوزاد را تحت الشعاع قرار دهد، هدف این مطالعه مقایسه تاثیر نیفدپین و سولفات منیزیم در زایمان زودرس قرار گرفت.

مواد و روش ها: تعداد ۸۰ خانم مبتلا به PLP مراجعه کننده به زایشگاه بنت الهدی که دارای معیارهای ورود به مطالع بودند در دو گروه ۴۰ نفره دریافت کننده نیفدپین خوراکی (گروه مداخله) و سولفات منیزیم داخل وریدی (گروه شاهد) بررسی شدند. جمع آوری اطلاعات، ثبت وضعیت دردهای زایمانی و دیلاتاسیون افاسمان سرویکس توسط یک فرم انجام شد. تحلیل های آماری انجام شدند.

نتایج: مقایسه دو گروه از نظر سن، GA sono، GLMP، GA delivery و time between PLP delivery تفاوت آماری معنی داری نداشت. ($p > 0.05$) هم چنین تاثیر دو دارو بر روی before RDS and ،apgar، after quality، before quality، before duration، after interval، interval، ICU neonate و Rga delivery تفاوت آماری معنی داری نداشت. ($p < 0.05$) ولی تاثیر دو دارو بر روی before ، after duration، after dilatation، before dilatation، after effacement و before effacement از نظر آماری تفاوت معنی داری داشتند که همه این موارد در گروه نیفدپین بیشتر بود.

نتیجه گیری: از انجام این طرح اینطور نتیجه گیری شد که نیفدپین و سولفات منیزیم در کنترل PLP، تاثیر تقریباً مشابهی داشته و تفاوت آماری در دو گروه دیده نشد

واژگان کلیدی: زایمان پیش از موعد، توکولیتیک ها، بلوکر های کانال کلسیمی، سولفات منیزیم

فهرست:

چکیده..... ۱

فصل اول: مقدمه، بررسی متون و هدف..... ۲

مقدمه..... ۳

فصل دوم: مواد و روش ها..... ۳۴

مواد و روش ها..... ۳۵

فصل سوم: نتایج..... ۳۸

نتایج..... ۳۹

فصل چهارم: بحث..... ۵۵

بحث..... ۵۶

فصل پنجم: نتیجه گیری..... ۶۱

نتیجه گیری..... ۶۲

فصل ششم: محدودیت ها..... ۶۳

محدودیت ها..... ۶۴

فصل هفتم: پیشنهادات..... ۶۵

پیشنهادهات..... ۶۶

منابع..... ۶۷

چکیده انگلیسی..... ۷۷

متن..... ۷۸

مقاله..... ۷۹

منابع..... ۸۹

فصل اول:

مقدمه، بررسی متون و هدف

PLP یا زایمان پیش از موعد:

زایمان پره ترم به مواردی اطلاق می شود که در آنها نوزادان قبل از تکمیل شدن هفته ۳۷ حاملگی به دنیا می آیند. نوزادانی که قبل از ترم به دنیا می آیند ممکن است به نسبت سن حاملگی کوچک یا بزرگ باشند اما هنوز جزو تعریف پره ترم قرار بگیرند. اگرچه در طول قرن گذشته میزان مرگ و میر نوزادان در ایالات متحده کاهش چشمگیری پیدا کرده است، این میزان، از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۵ ثابت باقی مانده بود (MacDorman و Matthews، ۲۰۰۸). در نتیجه، موضوع زایمان پره ترم همچنان به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی عمده مطرح می شود. میزان زایمان پره ترم (بزرگترین عامل مداخله گر در مرگ و میر نوزادان)، در سال ۱۹۹۶ در ایالات متحده شروع به افزایش کرد. زایمانهای پره ترمی که با اندیکاسیون طبی صورت می گیرند، عامل اصلی این افزایش هستند. تعدادی از موربیدیتها که عمدتاً ناشی از نارس بودن اعضای مختلف بدن هستند، در نوزادانی که قبل از هفته ۳۷ حاملگی به دنیا می آیند در مقایسه با نوزادانی که در هنگام ترم متولد می شوند، افزایش چشمگیری پیدا می کنند.

دلایل زایمان پره ترم:

- ✓ زایمان به علت اندیکاسیونهای مادری یا جنینی
- ✓ لیبر پره ترم غیر قابل توجه خود به خود، همراه با پرده های سالم
- ✓ پارگی پیش از موعد و پره ترم ایدیوپاتیک پرده ها (PPROM)
- ✓ حاملگی های دوقلوئی و چند قلوئی

از میان زایمانهای پره ترم، ۳۰ تا ۳۵ درصد اندیکاسیون دار و ۴۰ تا ۴۵ درصد ناشی از لیبر پره ترم خودبخود هستند و ۳۰ تا ۳۵ درصد به دنبال پارگی پره ترم پرده ها رخ می دهند (Goldenberg و همکاران، ۲۰۰۸b). دلایلی که سبب زایمان پره ترم می شوند، ویژگیهای متعددی دارند که اغلب بر هم تأثیر متقابل می گذارند و همچنین عوامل متعددی در ایجاد آنها مؤثر هستند. این پیچیدگی باعث می شود تلاشهایی که برای جلوگیری از این عارضه و درمان آن صورت می گیرند، به شدت با مشکل مواجه شوند (۱). برای تشخیص Creasy, PLP معیارهای زیر را پیشنهاد داده است: انقباضات رحمی (بیش از ۴ انقباض در هر ۲۰ دقیقه)، دیلاتاسیون سرویکس (برابر یا بیش از ۲ سانتی متر در نولی پارها و برابر پایش از ۳ سانتی متر در مولتی پارها) و افاسمان سرویکس (بیش از ۸۰ درصد) یا انقباضات رحمی و تغییرات سرویکس. (۲). در کشورهای صنعتی در ۲۰ سال گذشته، نسبت نوزادانی که پیش از ترم به دنیا می آیند افزایش یافته است که ناشی از: تغییر شیوع زایمان های چند قلوئی، مداخلات مامایی، پیشرفت در کشف زایمان های پره ترم زود هنگام و افزایش استفاده از سونوگرافی برای تخمین GA می باشد.

اهمیت PLP، معادل بودن آن با LBW است که مهم ترین عامل دخیل در مرگ نوزادی می باشد.

کاتگوری های عوامل جمعیت شناختی درگیر در PLP

۱- عوامل طبی و مامایی :

عوامل طبی و مامایی دخیل در PLP بسیار متنوع هستند که بیشترین درصد مربوط به

PLP خوبخود (با یا بدون Rom) می باشد و موارد باقیمانده شامل پره اکلامپسی، دکولمان،

IuGR، دیسترس و مرگ جنین هستند. سایر عوامل نادرتر شامل: هیپر تانسیون مزمن، جفت سرراهی، چند قلوبی، خونریزی غیر قابل توجه، دیابت، ایزوایمونیزاسیون Rh و ناهنجاری مادرزادی می باشند.

۲- عوامل مربوط به شیوه زندگی :

رفتارهایی مانند استعمال دخانیات، رژیم غذایی بد و افزایش کم وزن مادر در طی حاملگی و نیز استفاده از کوکائین و الکل نقش مهمی در PLP دارند. عوامل مادری دیگری که دخالت آنها در این زمینه مطرح شده است شامل: سن کم یا بالای مادر، فقر، قامت کوتاه، کمبود ویتامین C و عوامل شغلی مانند راه رفتن یا ایستادن طولانی مدت، شرایط کاری طاقت فرسا و زیاد بودن ساعات کاری هفتگی (Casanueva و همکاران، ۲۰۰۵ - Gielchinsky و همکاران، ۲۰۰۲ - Kramer و همکاران، ۱۹۹۵ - Luke و همکاران، ۱۹۹۵ - Meis و همکاران، ۱۹۹۵ - Satin و همکاران، ۱۹۹۴). عوامل روانی مانند افسردگی، اضطراب و استرس مزمن نیز در ارتباط با زایمان پره ترم گزارش شده اند (Copper و همکاران، ۱۹۹۶ - Li و همکاران، ۲۰۰۸ - Littleton و همکاران، ۲۰۰۷ - Mercer، ۲۰۰۰). Neggers و همکاران، ۲۰۰۴ در زنانی که در اثر سوء استفاده فیزیکی دچار آسیب شده بودند، ارتباط معنی داری را بین وزن کم هنگام تولد و زایمان پره ترم کشف کردند.

۳- عوامل ژنتیکی:

ماهیت راجعه، خانودگی و نژادی زایمان پره ترم، باعث ارائه این فرضیه شده است که

عوامل ژنتیکی احتمالاً در ایجاد زایمان پره ترم نقش سببی دارند (Anun و همکاران، ۲۰۰۹ - Lie و همکاران، ۲۰۰۶ - Ward و همکاران، ۲۰۰۵).

۴- بیماری پریدنتال:

التهاب لثه، التهاب بی هوازی مزمنی است که حدود ۵۰٪ زنان حامله ایالات متحده را

گرفتار می کند (Goepfert و همکاران، ۲۰۰۴). Sixou و Vergnes (۲۰۰۷) با انجام متآنالیزی بر روی ۱۷ مطالعه چنین نتیجه گیری کردند که بیماری پریدنتال ارتباط معنی داری با زایمان پره ترم داشته است.

۵- ناهنجاریهای مادرزادی:

Dolan و همکاران (۲۰۰۷) دریافتند که ناهنجاریهای مادرزادی با زایمان پره ترم و وزن کم هنگام تولد ارتباط داشته اند.

۶- ارتباط فاصله بین حاملگی ها با زایمان پره ترم:

از مدتها قبل مشخص شده بود که کوتاه بودن فاصله بین حاملگی ها، با پیامدهای نامطلوب پری ناتال ارتباط دارد. Conde-Agudelo و همکاران (۲۰۰۶) در متآنالیز جدید خود گزارش کردند که فواصل کمتر از ۱۸ ماه و بیشتر از ۵۹ ماه، سبب افزایش خطر زایمان پره ترم و تولد نوزادان کوچک به نسبت سن حاملگی می شوند.